Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtor. arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 5 czerwca 1886. №. 23. Rok XXV.

I. O wpływie pozycyi ciała na krążenie krwi u zwierząt.

Podał **Prof. Dr. Cybulski**.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

Wprzód jednak nim przejdę do tych doświadczeń, muszę jeszcze nadmienić, iż w r. 1881 ogłoszone zostały obserwacyje Dra Szapiry na ludziach zdrowych i chorych, u których określane były tętno i parcie ościenne w tętnicach. Wyniki téj pracy stwierdzają w ogóle dawniejsze obserwacyje wymienionych autorów i nasze obserwacyje co do zmian parcia. Jednocześnie Szapiro zauważył, że u osób, posiadających wadę serca, zmiany te są więcéj wybitne a osobliwie w czasie nieistnienia kompensacyi. Taką wrażliwość czynności serca na zmiany w pozycyi ciała uważa nawet jako rozpoznawczą cechę mającéj się rozwinąć dekompensacyi. (Szapiro: O wlijanii kalebanij krawianoho dawlenija na diejatelnosť sierdca u zdarowych ludioj. Dysertacyja St. Petersb. 1881 r.).

Przechodząc do moich doświadczeń na wstępie mam zamiar podać kilka uwag odnoszących się do saméj metody badania. W doświadczeniach tych zwracałem uwagę podobnie jak i prof. Paszutin na odległość punktów, w których parcie ościenne określano, od serca. Badania były wykonywane tylko w tętnicy udowéj lub dogłowowéj. Ponieważ jednocześnie ze względu na techniczne przeszkody określanie parcia w dwóch tętnicach przy zmianach pozycyi było niemożliwém, wykonałem więc kilka wstępnych doświadczeń celem jednoczesnego określenia parcia ościennego w dogłowowéj i udowéj tętnicy przy téj lub owéj pozycyi w sposób następujący: Naprzód zapomocą dwóch manometrów określałem parcie w obu tętnicach przy pozycyi pozioméj, potém ustawiałem zwierzę w pozycyi pionowéj albo głową do góry, albo w dół i znowu łączyłem każdą tętnicę z odpowiednim manometrem; przyczém każdy manometr był ustawiony na wysokości odpowiadającéj tętnicom a pływaki zapisywały parcie na dwóch różnych walcach. Manometry przedtém były kalibrowane, tj. oznaczono, w jakim stosunku zostaje obniżenie się rtęci w jedném ramieniu do podnoszenia się w drugiém, gdyż otrzymać dwie zupełnie jednostajne rurki okazało się niemożliwém. Określając więc graficznie na kimografijonie, o ile rtęć podnosiła się w jedném ramieniu, miałem możność ściśle obliczyć, o ile obniżyła się w drugiém. W taki sposób otrzymane wielkości dla obu manometrów można było porównywać z sobą. Oprócz tego zwracam uwagę także, iż kaniulki wstawiane do obu tętnic muszą być zupełnie jednostajne i w skutek tego szklane musiały być zastąpione metalowemi.

Przy zachowaniu tych ostrożności parcie w tętnicy dogłowowéj i udowéj przy pozycyi pozioméj prawie zawsze było jednostajne i różnica zachodziła tylko w tętnie w tętnicy dogłowowéj, w któréj pojedyncze fale bywały czasami nieco wyższe. Określenie trwało około minuty. Parcie średnie, tak w tych, jako też i we wszystkich innych tu przytoczonych doświadczeniach, określano za pomocą planimetru Amslera.

Doświadczenie I.

Pies. Odległość kaniulki w tętnicy szyjnéj od podstawy serca 22 cm., odległość kaniulki w tętnicy udowéj od podstawy serca 40 cm., odległość jednéj kaniulki od drugiéj 62 cm. Zwierzę zatruto kurarą, oddechanie sztuczne.

	Tętnica dogłowowa.	Tętnica udowa.	Różnica.
Poziomo	133	132	1
Głowa w dół	162	114	48
po 1 min.	158	115	43

Jeżeli więc średnią różnicę 46 mm. rtęci wyrazimy w słupie krwi o równém parciu, to słup ten będzie wynosił 59·5 cm., w rzeczywistości zaś równał się 62 cm. Omyłka więc wynosi 2·4 cm., która w obec omyłek obliczania i stosunkowéj nieczułości rtęciowych manometrów musi być uważaną za bardzo nieznaczną.

	Tętnica dogłowowa	udowa.	Różnica.
Głowa do góry	89	136	47
po 1 m.	92	138	46

Mamy więc w tym przypadku prawie tę samą różnicę, którą mieliśmy w poprzednim. Ponieważ w ogóle w doświadczeniach téj kategoryi wyniki zawsze były analogiczne, z téj więc racyi ograniczam się tylko do tego przykładu. Wynik ten jest ważny pod tym względem, iż wskazuje, że na parcie ościenne w naczyniach krwionośnych pomimo wszystkich czynników fizyjologicznych ma rzeczywiście wpływ jeszcze siła ciążenia; mając więc w dwóch naczyniach krwionośnych w pozycyi poziomėj parcie ościenne jednakowe, w każdéj innéj pozycyi będziemy mieli różne, przyczém w naczyniu niższém parcie będzie się podnosiło, w wyższém opadało niezależnie od czynników fizyjologicznych a różnica będzie się równała, jak to wynika z tylko co przytoczonego doświadczenia, w przybliżeniu ciężarowi słupa krwi, którego wysokość równa się odległości jednego naczynia od drugiego w linii pionowéj. Ztąd też wynika, że jeżeli określamy parcie ościenne w dwóch naczyniach jednostajnéj grubości za pomocą dwóch jednostajnych manometrów ustawionych na wysokości jednego z tych naczyń (np. tętnicy dogłowowéj, jeżeli określamy parcie w niéj i w udowéj), to parcie będzie się zmieniało w obu naczyniach zupełnie równolegle: w pozycyi pionowéj głową w dół parcie się będzie podnosiło, w pozycyi głową do góry obniżało. Przytém jeżeli istnieje różnica w parciu ościenném w pozycyi poziomėj, to utrzymuje się ona również przy najrozmaitszych pozycyjach. Ta równoległość zmian zależy mianowicie od wpływu ciążenia. O ile w przytoczonym przypadku w pozycyi pionowéj głową na dół parcie w tętnicy udowéj musiałoby się obniżyć w skutek różnicy wysokości, o tyle w skutek podniesienia się rurki łączącéj tętnicę udową z manometrem a wypełnioną płynem o ciężarze gatunkowym bliskim do ciężaru gat. krwi musi się podnieść w manometrze znajdującym się na wysokości, jak wyżéj zaznaczyliśmy, tętnicy dogłowowéj; to samo stosuje się i do pozycyi odwrotnéj. Parcie więc w obu manometrach zmienia się równolegle, jakkolwiek w naczyniach téj równoległości może nie być. Na tę równoległość wskazują krzywe, które podałem w pierwszéj pracy. Fakt ten ma tę doniosłość, iż na téj podstawie można z wielkiém prawdopodobieństwem, mając parcie ościenne określone dla jednéj tętnicy, obliczyć w każdéj innéj téj samėj grubości, jeżeli tylko jest wiadomą odległość jednego naczynia od drugiego w linii pionowéj.

Zmiany naczynio-ruchowe światła naczyń wywoływane nawet przecięciem nerwów naczynioruchowych *(ischiadici, sympatici* itd.) tak mało wpływają na zmianę parcia ościennego w odpowiedniéj tętnicy, że prawie zupełnie mogą być nieuwzględniane przy tych dość znacznych zmianach parcia, które zależą od ciążenia. Na téj samėj podstawie można porównywać zmiany otrzymane drogą doświadczenia przy téj lub owéj pozycyi w téj lub owéj tętnicy ze zmianami, które musiałyby byé, jeżeliby zmianom pozycyi ciała nie towarzyszyły żadne zmiany w czynnościach fizyjologicznych tych lub owych narządów mających wpływ na krążenie krwi. W ten więc sposób można określić, o ile te inne czynniki modyfikują wpływy ciążenia.

Doświadczenia odnoszące się do badania tych wpływów wykonywałem prawie w ten sam sposób jak i poprzednio: zwierzę przywiązane do zwykłéj deski wiwisekcyjnéj ustawiało się razem z tą ostatnią w osobnym *ad hoc* urządzonym przyrządzie, który dawał możność nadawać desce rozmaite pozycyje, obracając ją około poziomėj osi. Ta ostatnia przebiegała przez punkt połączenia téj lub owéj tętnicy z kaniulką, w taki więc sposób manometr połączony z tętnicą za pomocą rurki przebiegającéj w kierunku osiobrotu deski przedstawiał tylko zmiany parcia ościennego, mające miejsce w samėj tętnicy bez wszelkich komplikacyj ze strony zmian pozycyi kaniulki w przestrzeni względem manometru; w tém właśnie te doświadczenia różnią się od poprzednich i w skutek tego usunięto potrzebę jakichkolwiek poprawek. Nasamprzód określało się parcie w téj lub owéj tętnicy w pozycyi poziomėj, potém pozycyja zwierzęcia zmieniała się na poziomą, lecz parcie określało się bez przerwy tak przy każdéj pozycyi jak również i w czasie zmian. Moment i kierunek zmiany w większéj ilości doświadczeń oznaczały się także automatycznie; z drugiéj strony oznaczały się sekundy, można więc było określić, jak długo trwał czas przejścia z jednéj pozycyi do drugiéj, jak długo zwierzę zostawało w téj lub owéj pozycyi i w jakim czasie występowały najwybitniejsze zmiany, w ogóle zadowalałem się krótkiemi okresami czasu: w téj lub owéj pozycyi zwierzę zostawało tylko kilka minut, w rzadkich przypadkach do 15. Dłuższych okresów unikałem ze względu na możliwe zmiany w czynnościach układu nerwowego. W otrzymanych w ten sposób krzywych uwzględniałem, po pierwsze: parcie średnie, obliczone za pomocą planimetru Amslera zwykle przy końcu i początku każdéj pozycyi. Parcie to obliczało się na przestrzeni 15—20 sek. Jeżeli wyjątkowo zwierzę zostawało w pewnéj pozycyi bardzo krótko, to otrzymywałem tylko jednę średnią z jednego obliczenia, w tych zaś przypadkach, gdzie przez dłuższy czas obserwowałem parcie w téj samėj pozycyi, otrzymywałem od 3—4 średnich; powtóre: *maximum* i *minimum* parcia przy każdéj pozycyi na przestrzeni, na którėj się obliczało parcie średnie; po trzecie: w niektórych doświadczeniach określałem czas potrzebny do zmiany pozycyi i czas, w którym wystąpiła maximalna zmiana w parciu, licząc od początku ruchu zwierzęcia; po czwarte: obliczałem parcie, jakie powinnoby było być w tém samém naczyniu przy każdéj nowéj pozycyi, jeżeliby zmiany zależały wyłącznie tylko od warunków fizycznych; prawo do uwzględnienia tych warunków dały mi przytoczone wyżéj doświadczenia. W tym celu musiała być określona odległość miejsca połączenia kaniulki z tętnicą od podstawy serca, t. j. miejsca wyjścia aorty [1]).

Przy określaniu parcia w tętnicy dogłowowéj obliczałem także parcie przy rozmaitych pozycyjach i dla udowéj a przy

[1]) Obliczenie parcia ościennego dla innéj tętnicy, a również dla téj samėj w innéj pozycyi wykonywałem w sposób następujący: Przypuśćmy, że kaniulka wstawiona w tętnicę dogłowową jest odległa od serca 12 cm. Jeżeli postawimy zwierzę pionowo głową w dół, to do parcia P, już istniejącego w tętnicy, musielibyśmy dodać jeszcze parcie słupa krwi o wysokości 12 cm. Tę wysokość możemy wyrazić przez wysokość odpowiedniego słupa rtęci, dla tego musimy pomnożyć przez X i podzielić przez 13·6, gdzie X oznacza ciężar gat. krwi a 13·6 ciężar gat. rtęci. W ten sposób przyjmując ciężar gat. krwi = 1050, otrzymalibyśmy, iż słup krwi o wysokości 12 cm. = 9 mm. rtęci, tj. że parcie w pozycyi pionowéj głową w dół, gdyby nie zachodziły żadne zmiany ani w pracy serca ani w innych czynnościach fizyjologicznych, musiałoby się zwiększyć tylko o 9 mm.; więc mielibyśmy P + 9. Jeżeli tę pozycyję zamienimy na odwrotną, tj. głową do góry, to parcie w porównaniu z P + 9 powinno być niższe o 18 mm. czyli o 9 niższe od P. W ten sam sposób obliczałem i dla tętnicy udowéj. Zresztą ten sam sposób stósował już i prof. Paszutin, o ile z jego wyżéj wskazanéj pracy wnosić można.

określaniu w udowéj obliczałem dla dogłowowéj; aby w ten sposób choć w przybliżeniu mieć wyobrażenie o ogólnym charakterze tych zmian. Dla takiego obliczenia określałem odległość jednéj tętnicy od drugiéj, tj. odległość miejsca, gdzie się wstawia kaniulka w tętnicę udową do miejsca gdzie się ją wstawia w tętnicę dogłowową.

Doświadczenia te były wykonane przeważnie na psach i kotach.

Doświadczenie II.

Kot. Parcie określałem nasamprzód w tętnicy udowéj potém dogłowowéj. Tracheotomija, lecz bez narkozy. Odległość kaniulki w tętnicy udowéj od podstawy serca 26 cm., odległość kaniulki w tętnicy dogłowowéj 12 cm., odległość jednéj od drugiéj 38 cm.

Słup krwi o 26 cm. = 20 mm. rtęci
" " o 12 " = 9 " "
" " o 38 " = 29 " "

A) Badanie tętnicy dogłowowéj. Oś obrotu przebiega przez tętnicę dogłowową.

Pozycyje	I. Parcie określone	II. Parcie obliczone	III. Różnica	IV. Maximum	V. Minimum	VI. Ile sek. trwało przejście z 1 pozycyi w drugą.	VII. W któréj sek. maxim. zmiany	VIII. Obliczone parcie w tętnicy udowéj	Uwagi
1. Poziomo	172			186	156			172	
2. Głowa w dół	206	181	+ 25	236	162	1½	3½	177	
po 1′	191	181	+ 10	196	186			162	
3. Głowa do góry	175	173	+ 2	220	140	2	4	204	
po 1′	160	173	—13	200	140			189	
4. Głowa w dół			-	196	174	4	8		
po 30′	182			196	194			153	
5. Głowa do góry	174	164	+ 10	196	134	3/4	2½	203	Odpowiednio do tego oddech. przyspieszone i głębokie
po 1′	180	164	+ 16	210	130			209	
6. Głowa w dół	184	198	—14	190	180			155	
7. Poziomo	164	175	—11	180	150			164	

B) Na osi obrotu tętnica udowa i w niéj określano parcie.

Pozycyje	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII. Dogłowowej	Uwagi
8. Poziomo	156			160	154			156	
9. Głową w dół	140	130	+ 10					169	
10. Poziomo	184	160	+ 24	218	144			184	
po 20′	156			160	154			156	
11. Głową w dół	140	136	+ 4	156	138	2	6	169	
12. Poziomo	164	160	+ 4	184	158	2	4	164	
13. Głową do góry	164	184	—20	180	150	2	5	135	
14. Głową w dół	148	124	+ 24	190	138	2	3	177	
15. Głową do góry	160	188	—28	198	140	2	4	131	
16. Głową w dół	168	120	+ 48	190	154	2	4½	197	

Z przytoczonego doświadczenia widzimy, że przy *A)* wahania w parciu średniém tętnicy dogłowowéj są wprawdzie większe niżby być musiały, albowiem największa różnica wynosi 46 mm. (przy l. 2 i 5), podczas gdy musiałaby wynosić tylko 18mm.; w ogóle jednak wahania te są nieznaczne np. l. 8 i 9, natomiast spotykamy znacznie większe różnice między maximum i minimum parcia, a osobliwie w pozycyi głową do góry (l. 4 i 8) w tętnicy udowéj. W ogóle wahania w tętnicy dogłowowéj są znacznie mniejsze, niż wahania w parciu obliczoném dla tętnicy udowéj.

Przy *B)* wahania w parciu oznaczoném w tętnicy udowéj są nieco mniejsze niż obliczone poprzednio i w ogóle są mniejsze od tych wahań, jakieby na podstawie praw hydraulicznych być musiały. W skutek tego w pozycyi głową w dół znajdujemy mniejsze obniżanie, niżby podług obliczenia być winno a w pozycyi głową do góry również mniejsze podnoszenie się parcia, jak to widać z szeregu III. Zresztą zauważyć muszę, iż doświadczenie to rozpoczęte było po tracheotomii, a badanie w tętnicy udowéj przynajmniéj o godzinę późniéj niż w dogłowowéj. Zwierzę więc było znacznie zmęczone i w skutek tego zmiany tutaj otrzymane nie mogą być uważane za właściwe zupełnie normalnym zwierzętom.

Z szeregu VI i VII widać, iż maximum zmiany nie odpowiada ściśle zmianom pozycyi, lecz następuje zwykle nieco późniéj. (C. d. n.)

II. Okręgowe wycięcie jelita.

Przyczynek kazuistyczny.

Dr. K. Midowicz,
sekundaryjusz szpitala w Tarnowie.

Rzadko znajduje się lekarz w tém szczęśliwém położeniu, aby mógł w obec przepukliny uwięźniętéj postępować podług rady Stromeyera, A. Coopera lub Dieffenbacha, podług których najpóźniéj w 12 godzin powinno się przystąpić do rękoczynu; natomiast większa część przypadków przychodzi po kilku, ba nawet po kilkunastu dniach. Zdawałoby się w obec tego, iż chorzy tacy są bezwzględnie na śmierć skazani, a wszelkie usiłowania chirurgiczne płonnemi marzeniami. Doświadczenie jednak uczy, iż w najbardziéj zaniedbanym i zadawnionym przypadku ratunek jest jeszcze możebnym, rozchodzi się tylko o drogę, którą mamy zdążać do celu.

Michał Kabała z Radgoszczy, l. 13 liczący, od niemowlęctwa zdrów zupełnie, młócąc zboże dnia 4go grudnia rano poczuł nagle ból w pachwinie, który w krótkim czasie rozprzestrzenił się na brzuch cały. Chory poszedłszy do mieszkania spostrzegł w pachwinie lewéj guz bolesny przy ucisku. Boleści wzmagały się ciągle, wiatrów i stolca już od chwili poczucia bólu zupełnie nie było. Tegoż samego dnia wystąpiły wymioty i znaczny zapad sił, wzmagający się z dniem każdym zarówno z objawami chorobowemi, co skłoniło rodzinę do przywiezienia chorego do szpitala, gdzie w dniu przyjęcia znaleziono stan następujący: Chłopiec na swój wiek średnio rozwinięty, nadzwyczaj nędznie odżywiony, podściółki tłuszczowéj prawie zupełny brak, powłoki zewnętrzne blade, na twarzy wyraz wielkiego przygnębienia, oczy zapadłe, tętno szybkie zaledwo macalne; brzuch wzdęty beczułkowato, bardzo bolesny, powłoki jego cienkie uwydatniają wybitnie na swéj powierzchni znacznie gazami rozdęte jelita. W pachwinie lewéj guz zstępujący do moszen wielkości kurzego jaja, skóra nad nim w dolnéj części, a szczególnie na mosznach, napięta i zaczerwieniona, napletek prącia znacznie surowiczo naciekły. Przy ucisku na guz przedstawia się tenże elastycznym, lecz wcale nie ustępuje. Wymioty kałowe zielonawe występują dosyć rzadko.

Rozpoznawszy przepuklinę pachwinową uwięźnioną oraz zapalenie otrzewny, trudno było w pierwszéj chwili odważyć się na rękoczyn mając przed sobą chorobę od dłuższego czasu zaniedbaną, oraz niespodziewając się wyników dodatnich. Aby jednak nie pozostawić chorego na łasce losu, po naradzie z dyrektorem zakładu kol. Skowrońskim, korzystając z rad i łaskawie udzielonéj czynnéj jego pomocy, postanowiliśmy założyć nieprawidłowy odbyt, gdyby odprowadzenie było z powodu zmian jelita niemożebne, a dopiero po ukończonym przebiegu zapalenia otrzewny usunąć chorobę

przez okręgowe wycięcie jelita. Dnia 18go grudnia przed południem przystąpiłem do zabiegu krwawego. Po cięciu skórném doszedłszy do worka przepuklinowego znaleźliśmy tenże ciemno wiśniowo czerwonym; preparując zwolna na zgłębniku rowkowanym surowiczo krwawo naciekłe warstwy, dostałem się wprost do wnętrza kiszki nie napotykając żadnéj granicy pomiędzy workiem przepuklinowym a zewnętrzną ścianą jelita, oraz nigdzie treści worka przepuklinowego. Kiszka lejkowato ściągnięta, zrośnięta z jądrem tak ściśle, iż żadną miarą oddzielić się nie daje, lecz przedstawia jednę zbitą i naciekłą masę. Po przecięciu kiszki poczyna z wewnątrz wypływać rzadka cuchnąca ciecz kałowa. Niechcąc robić wycięcia okrężnego jelita ze względu na zapalenie otrzewny, wycięto tylko zwyrodniałą część jelita wraz z jądrem i założono nienaturalną odbytnicę. Pierścienia przepuklinowego nie przecinano, w środek bowiem jelita daje się wprowadzić mały palec a następnie zgłębnik żołądkowy, którym obficie wypływa kał rzadki. Po wycięciu kiszki wraz z workiem przepuklinowym i jądrem lewém zeszyto brzegi kiszki z raną skórną a w otwór powstały założono zgłębnik żołądkowy, około którego przymocowano opatrunek jodoformowy. Chory po operacyi, z tętnem zaledwo wyśledzić się dającém, zachowuje się nieco spokojniéj, boleści ustąpiły zwolna całkowicie a trzeciego dnia przy dotyku tylko brzuch bardzo jeszcze bolesny, szczególniéj w okolicy lewego podbrzusza, gdzie na przestrzeni odpowiadającéj dłoni odgłos wypukowy stłumiony. Ciepłota wahająca się jeszcze do 27 grudnia pomiędzy 38·5° a 39°C. obniża się statecznie, a w dniu 1 stycznia była już zupełnie prawidłową. 30go grudnia po południu odeszło stolcem ropy żółto zielonéj blisko kieliszek, a następnego dnia badanie nie wykazało odgłosu stłumionego w lewém podbrzuszu, pozostała tylko znaczniejsza bolesność, jakkolwiek mniejsza niż dnia poprzedniego. Dnia 11go stycznia odeszły stolcem dwa niewielkie kawałki twardego kału, 21go niewielka ilość kału zbitego z domieszką cieczy śluzowo ropnéj. Nienaturalną odbytnicą odchodził w pierwszych dniach kał zielonawy przybierając zwolna barwę prawidłową. Zgłębnik żołądkowy po kilku dniach musiał być usuniętym jako zbyteczny, chory bowiem ustawicznie niecierpliwi się, przewraca, a kał swobodnie koło zgłębnika odpływa, wywołując tylko rozległy wyprysk koło otworu.

Gdy próba założenia w narkozie enterotomu Dupuytrena, aby bezkrwawym zabiegiem usunąć odbyt nienaturalny, okazała się daremną, nie pozostało mi nic innego jak tylko okrężne wycięcie jelita i zeszycie końców dla usunięcia kalectwa. Aby zapewnić bodaj trochę widoki pomyślnego przebiegu, musiałem rękoczyn ten odwlec na dosyć długo, najpierw, aby poprawić odżywienie i wzmocnić siły chorego, a głównie przygotować w zabudowaniu szpitalném, gdzie zalega większa część chorych chirurgicznych na same róże i flegmony najróżnorodniejszych postaci, jakiś kąt ściślej aseptyczny. Przeszło miesiąc oczyszczały dymy wolnego chloru pokoik, zkąd usunięto słoje z preparatami patologicznemi i kości szkieletów. W tak przygotowanym lokalu niepewny czy chlor, mgła karbolu i sublimatu oczyściła go z bakteryj całkowicie, przystąpiłem 3go kwietnia b. r. do rękoczynu.

Cięciem równoległém do więzadła Pouparta i tuż nad temże na 15cm. długiém, przecięto skórę oraz warstwowo mięsień aż do otrzewny, podwięzując liczne mięśniowe i skórne gałązki naczyń. Przekonawszy się, iż krwotok powstrzymany zupełnie po przepłukaniu rany 5% rozczynem karbolu, otworzyłem jamę otrzewnową. W wewnętrznéj połowie rany znajdowało się jelito wrośnięte w otwór przepuklinowy, które obszedłszy palcem bez przeszkody podwiązałem silnie katgutem tuż nad miejscem wrośnięcia, o 1cm. powyżéj podwiązałem raz drugi i przeciąłem ściany jelita pomiędzy obiema podwiązkami. Wyciągnięty kawałek jelita cienkiego na zewnątrz rany wykazał w tylnéj części od krezki skośnie ku ścianie jelita idący postronek w dwóch miejscach z krezką zrośnięty. Po podwiązaniu naczyń krezkowych w odległości 3—4cm. od miejsca przyczepienia do jelita przecięto krezkę; przez powstały otwór założyłem uciskadła Rydygiera, poczém wyciąłem po 3cm. jelita doprowadzającego i odwodzącego czyli razem 6cm. Krezka oraz ściany jelita grube, mięsiste, jelito odwodzące ma jednak ściany wiotsze i cieńsze; światła obu jelit zupełnie równe. Do zeszycia obu odcinków użyłem szwu podanego przez Rydygiera, pierwszy szew okrężny i zewnętrzny Lemberta założyłem z katgutu Nr. 1. Szwów zewnętrznych założono 30, szwów śródjelicia 7. Po zespojeniu odcinków jelito całkiem równe, przekonawszy się, iż wszędzie zupełnie dokładnie jest zeszyte, opłukano 3% ciepłym rozczynem karbolu i wsunięto napowrót do jamy brzusznéj. Otrzewnę zeszyto szwem kuśnierskim, a kawałek jelita podwiązany w miejscu wrośnięcia wyciągnąłem za otrzewnę i wszyłem w ranę w mięśniu. Ranę zewnętrzną przepłukano raz jeszcze 5% rozczynem karbolu, poczém założyłem 6 głębokich szwów, ściśle równając powierzchownym szwem kuśnierskim ranę skórną. Po dokładném obmyciu pola pooperacyjnego założono opatrunek jodoformowy. Podczas operacyi używano wacików leżących w 3% rozczynie ciepłego karbolu. Uciskadła zamykały światło jelita równo i szczelnie, tak, że nic kału nie wydostało się do jamy otrzewnowéj w ciągu operacyi.

Chory bezpośrednio po operacyi zachowuje się nadzwyczaj niespokojnie, uskarża się na znaczną bolesność brzucha i na kłócie. Lawatywa z 25 kropli nastoju makowcowego oraz jednego cgr. morfinu podskórnie uspokoiły go nieco. Tętno słabe od 110—130 na minutę. Wieczorem chory spokojny, na bolesność się nie uskarża lecz na nudności, o godzinie 6éj i 9éj wieczór wystąpiły wymioty czysto wodniste, ciepłota 38·4°C. o godz. 7éj wieczór. Noc przepędził chory dosyć spokojnie. 4go kwietnia rano po 6éj godz. wystąpiły po raz pierwszy wiatry a o 3éj popołudniu trochę kału, odtąd odchodzą dosyć często wiatry, z któremi zawsze pojawiają się ślady rzadkiego kału. 5/4 po południu wystąpił obfity rzadki stolec. Stolce i wiatry odchodzą téż już od dnia tego regularnie a chory wesoły i spokojny nie skarży się na bolesność. 7/4 zmieniono opatrunek, brzegi rany zlepione całkowicie z wyjątkiem kawałka w zewnętrznéj części rany na 3cm. długiego, gdzie założono gazę jodoformową zamiast sączka, po usunięciu któréj wyciśnięto z rany trochę cieczy wodnisto mlecznéj. Najwyższe wzniesienie się ciepłoty było do 38·9°C., od 10go ciepłota była już całkiem prawidłowa. W pierwszych dniach pożywieniem chorego był czysty ekstrakt Liebiga, bulijon, łyżkami podawane mleko kwaśne, lód i wino, czwartego dnia po operacyi dodano już jajo i trochę grysiku, chory bowiem uskarża się bardzo na głód. Dalsze gojenie rany postępowało bardzo pomyślnie a w 10 dni chory był już zupełnie zdrowym. Pozostał jednak w zakładzie do 2go maja, aby mieć pewność, że blizna jest już dostatecznie silną.

Obrałem tę drogę postępowania opierając się głównie

na wskazówkach Jaffego i Rydygiera; pierwszy radzi, aby nie przedsiębrać wycięcia jelita w obec zapalenia otrzewny, a ostatni wykazał doświadczeniami, iż żadne z zwierząt, u których wykonano wycięcie jelita, nie zginęło w skutek operacyi, chyba że z rozmysłu wywołano powikłanie, a statystyka podana przez niego wykazuje, że i u ludzi im rozleglejsze zapalenie otrzewny, tém niebezpieczeństwo większe, gdzie tego nie ma, tam wynik operacyi jest dodatnim. Pomyślnie zakończył się i przypadek niniejszy, a niemal z całą pewnością powiedzieć mogę, że gdybym nie baczył na powyższe wskazówki, lecz przystąpił od razu do okrężnego wycięcia jelita, aby za jednym zachodem w krótszym czasie usunąć całkiem chorobę, śmierć chorego byłaby następstwem samego tego zabiegu chirurgicznego.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Michał Zieleniewski. **Rys balneoterapii**. Kraków 1886. Str. 391.

Kto z nas nie odczuwał i nie odczuwa braku dzieła polskiego, obejmującego całość wiedzy balneoterapeutycznej? Brak ten z dwóch względów jest dotkliwy. Najprzód bowiem gałąź owa wiedzy lekarskiej od czasu Brauna poczyniła istotne postępy w duchu lecznictwa fizyjologicznego i dziś dąży do tego, aby zerwać z dawną rutyną empiryczną i stać się metodą indywidualizującą, opierając działanie zawiłych czynników balneoterapeutycznych na ściślej analizie zjawisk elementarnych. Nowy ten a wiele obiecujący kierunek powinien się jak najrychlej zaznaczyć i w naszej literaturze. Powtóre zdrojowiska nasze bezsprzecznie z roku na rok coraz więcej się budzą i rozwijają i coraz skuteczniej mierzą się z kąpielami zagranicznemi. Rozwój ten wszakże nie może być oddany jedynie na chwiejną łaskę naszej publiczności ani też oparty li tylko na patryjotycznych pobudkach lub względach ekonomicznych. Przodować tu owszem powinna sumienna uprawa naukowej balneoterapii i umiejętne stósowanie czynników leczenia kąpielowego. Do tego powołani są lekarze a wyrazem ich pracy w tym kierunku powinna być balneoterapija polska, na której nam dotychczas zbywa zupełnie.

To téż z prawdziwém zadowoleniem dowiedzieliśmy się przed pewnym czasem, że jeden z najstarszych naszych lekarzy kąpielowych, stojący od kilku lat dziesiątek na czele pierwszego polskiego zdrojowiska, zamierza nas obdarzyć oryginalném dziełem o balneoterapii. Co prawda, możeśmy się nieco obawiali, że w dziele tém nie uwydatni się dość wybitnie wskazany powyżej kierunek fizyjologiczny, ale za to pocieszaliśmy się nadzieją, że wieloletnie i wypróbowane doświadczenie autora obficie nam to wynagrodzi.

Otóż i mamy dzieło to przed sobą. Przerzucamy je niecierpliwie i doznajemy wrażenia, jakoby owa obawa nasza była nieuzasadnioną, albowiem układ książki, obszerne rozdziały z zakresu klimatoterapii, dyjetetyki, hydroterapii itd., tudzież gęsto wymieniane nazwiska poważnych autorów zdają się dowodzić niezbicie, że autor w pracy swej zajmuje najnowsze stanowisko nauki.

Zabieramy się więc do sumiennego studyjowania dzieła od deski do deski. „Słowo wstępne“, w którém autor „współkolegów swych rzetelnie powiadomić“ obiecuje, pominąwszy parę niezrozumiałych zwrotów i skaz językowych, uprzejmie zaprasza nas do środka. A i we wnętrzu Rysu miłego doznajemy wrażenia, bo nie spotykamy tu obcych sobie, nowych twarzy, któreby najpierw obejrzeć i oględnie badać trzeba, lecz od razu znajdujemy się między dawnymi, zażyłymi przyjaciółmi. Oto już na stronie 3-ej spotykamy się z dobrze nam znajomym Zinkeisenem, (*Compendium der Balneotherapie*. Leipzig 1875), którego urywki ze str. 1ej i 7ej tu znajdujemy, — a przerzuciwszy jednę tylko kartę, na której umieszczono wyjątek z własnej pracy autora z r. 1864, znów od str. 7 do 12 czytamy dosłownie tłumaczenie Zinkeisena (ze str. 3—5), chociaż nazwiska jego wcale tu nie wymieniono. W następnym rozdziale twórca dzieła zupełnie się już ulatnia a za niego znów mówi Zinkeisen od str. 12—30 Rysu, raz tylko, t. j. na str. 13 do 15, pozwalając wtrącić się Kischowi (*Grundriss der klinischen Balneotherapie, einschliesslich der Hydrotherapie und Klimatotherapie*. Wien u. Leipzig 1883), który tu całe ustępy ze swej książki (str. 349—351) dosłownie wygłasza. Rozdział o klimacie zagaja kilku wierszami Zinkeisen a o gruncie pozwala znów mówić Kischowi, ktory się też z tego zadania dosłowném przytoczeniem swojej str. 228—230 wywięzuje. Ustępy o roślinności i powietrzu wygłasza znów jednym ciągiem Zinkeisen, w ustępie zaś o wilgoci powietrza i opadach atmosferycznych dzieli się zadaniem z niemieckim kolegą, tak że pierwszy daje początek (ze str. 31—32) i koniec (ze str. 32—34) a środek porucza Kischowi (ze str. 216—218). Naprzemian rozdziały o wiatrach i gęstości powietrza zagaja własnemi słowy Kisch (ze str. 225 i 219) a reszty dopełnia Zinkeisen (ze str. 35—36 i 36—38). O fizyjologicznych skutkach ciśnienia powietrza prawi znów Kisch (ze str. 220—222), a o patologicznych Zinkeisen (ze str. 38—39), który również i o chorobie nurków powtarza rzeczy dawno przez siebie na str. 39—41 powiedziane. Chorobę górską rozpoczyna również Zinkeisen (ze str. 41—42), ale widocznie nie dowierzając własnemu doświadczeniu, odstępuje słowa zawodowemu górnikowi śp. Klugerowi, który ze stanowiska inżynijera rozwija w dziele lekarskiém teoryje téj choroby. O cieple i zimnie powietrzni mówi znów Zinkeisen (ze str. 43 do 49) i tylko na chwilę zastąpić się każe Kischowi (ze str. 211—213). Klimatoterapiję (klimat górski, pomorski, południowy i letnie schroniska) omawia ponownie Kisch sumiennie według własnego dzieła, choć nie w tym samym jak tam porządku (ze str. 234—250, to znów ze str. 232), a nareszcie opis uzdrowisk klimatycznych streszcza według własnej książki (ze str. 359—488). W tém miejscu sam autor dzieła zjawia się na chwilę i dotknąwszy paru własnemi słowy stacyj klimatycznych polskich (str. 91) szybko znów znika, poruczywszy wykład całego rozdziału o ciepłocie ustrojowej i jéj wyrobie Zinkeisenowi, który z całą uprzejmością i skrzętnie, bo dosłownie, to co na str. 56—74 własnego dziełka był napisał, powtarza. Taksamo i o kąpielach, szczególnie o mechanicznym i chemicznym ich skutku rozprawia tenże Zinkeisen (ze str. 75—76, str. 47 i 77—81), a tylko w środku i na końcu uzupełnia go Kisch, który jednak zdaje się rzecz traktować lekko, bo niektóre tylko ustępy z swej książki (ze str. 49—50 i 48) przytacza, oraz traktat o skutkach zimnych kąpieli załatwia (ze str. 31). Dalsze trzy rozdziały (Skutki kąpieli ze wzajemnego stosunku skóry do czynności innych narządów ustroju, działanie i skutki kąpieli płynnej postaci) podaje znów Zinkeisen według rzetelnego tłumaczenia swoich stron 81

do 88; pierwsza część rozdziału o obojętnie ciepłych dla ustroju kąpielach odbita natomiast z tegoż strona 88—94 a koniec wzięty z Kischa (ze str. 32—33). W rozdziale o kąpielach odciągających ustrojowi ciepłotę przemawia na wstępie Kisch (ze str. 33 i 34), potem oddaje głos Zinkeisenowi (ze str. 95—99), poczem znów Kisch przytacza dosłownie własne ustępy (ze str. 35 do 38), a zamyka rzecz Zinkeisen streszczeniem swoich stron 102—104. Rozdział o kąpielach podwyższających ciepłotę ustojową podzielili między siebie Zinkeisen (ze str. 108—109) i Kisch (ze str. 39—42). W ustępie o łaźni parowej i jej odmianach brzmi donośnie głos Zinkeisena (ze str. 112—117) a przytakuje mu Kisch na samym początku (ze str. 45), w środku (ze str. 43) i na samym końcu (ze str. 44). Irlandzko-rzymskie i wschodnie kąpiele, higijeniczne i terapentyczne zastósowanie wodnej kąpieli, wskazania do kąpieli odciągających ciepłotę ustroju, t. j. od str. 146—170 Rysu, obrabia nieprzerwanie Zinkeisen, pozwalając tylko na str. 158 i 159 czynić Kischowi pewne uwagi (ze str. 183—184). (C. d. n.)

Dr. Kirstein: **O wykazaniu prątków gruźliczych w moczu.**

Od chwili wykazania przez Rosensteina i Babesa, że prątki gruźlicze dają się w moczu w razie obecności gruźlicy narządu moczopłciowego w ten sam sposób wykazać, jak w plwocinie, technika badania wcale nie postąpiła. Autor niniejszéj rozprawki przytacza przypadek, w którym na 30—40 preparatów zaledwo w jednym znajdował prątki gruźlicze. Ta trudność znalezienia prątków w moczu jest zresztą regułą. Trudność ta wypływa ztąd, że zazwyczaj obok nieznacznego wrzodu gruźliczego istnieje nieżyt pęcherza, czyli obok nieznacznego materyjału gruźliczego znaczne ilości ropy i upostaciowanych części prątków gruźliczych niezawierające. Skłoniło to autora do zmiany zwykłego sposobu badania. Zmiana ta polega na jednostajném zmieszaniu produktów ogniska gruźliczego z wolnemi od gruźlicy. Postępował w sposób następny: Mocz zostawia się we flaszce tak długo, dopóki osad powstaje, ciecz czystą po nad osadem zlewa się do kieliszka. Następnie pręcikiem szklanym miesza się osad i przesącza przez zwilżony wodą sączek. Pozostałość na sączku przenosi się za pomocą skalpelu wyżarzonego na szkiełko zegarkowe. Ze szkiełka tego bierze się cząstkę (byle nie bardzo mało) między dwa szkiełka nakrywkowe, rozgniata się (nie rozciera), nadmiar brzegami szkiełka wychodzący oddala się za pomocą bibuły. Następnie oddziela się szkiełka, przesuwa się trzykrotnie nad płomieniem lampki wyskokowéj i wkłada do roztczynu fuksyny Ehrlicha, do którego wodę anilinową zawsze świeżo przyrządza się. Roztczyn barwika ogrzewa się do wrzenia i po 10 minutach wyjmuje preparat wkładając do mieszaniny kwasu azotowego (1 cz. *Acid. nitr. pur.* 3 cz. *Aq. destill.*). Preparat odbarwia się powoli z powodu grubego pokładu, jednakże nawet wpływ przez godzinę kw. azotowego silniejszego (1:2) na zabarwienie szkodliwie nie oddziaływa, Odbarwione preparaty wymywa się w wyskoku i zabarwia lekko w wodnym roztczynie błękitu metylenowego, zmywa wodę, wysusza i bada się w balsamie kanadyjskim. W ten sposób sporządzone preparaty zawierają, według twierdzenia autora, prawie zawsze prątki gruźlicze. (*Deutsch. medic. Wochenschr.* 1886 Nr. 15.). *Dr. Halski* (Bystra).

Terrier: **Wpływ owaryjotomii obustronnéj na menstruacyję.**

Związek ścisły, jaki istnieje między oddzielaniem się jajka a miesiączkowaniem, będący podstawą klasycznéj teoryi Negriego, znajduje małe poparcie w wynikach osiągniętych przez wycięcie obustronne jajników. Ustanie niezawodne odpływów miesięcznych, zmiany następcze objawiające się w saméj macicy i guzach zalegających jéj jamę lub sam miąższ, usprawiedliwiły wliczanie w szereg zabiegów operacyjnych kastracyi jajników nawet wówczas, gdy te same przez się sprawą chorobową nie są dotknięte. Przypadki, w których przy wycięciu obustroném jajników rozmyślnie lub téż z powodu trudności technicznych część utkania tychże pozostawiono i gdzie regularném następstwem było odnowienie się krwotoków miesięcznych, potwierdzają dobitnie wyrażone przekonanie, iż początku tychże szukać należy w czynności samego jajnika. Terrier podaje statystykę 28 przypadków, wśród których wykonał 26 razy owaryjotomię obustronną w czasie jednego zabiegu, w 2 przypadkach zaś uskutecznił wycięcie w dwóch różnych czasach. Odliczywszy 6 przypadków kończących się śmiercią pozostaje 22 spostrzeżeń, z których podaje zebrane wyniki. Zaznaczyć należy, że operowane przezeń chore zostawały w okresie niewygasłego jeszcze życia płciowego, że przeto rezultat zabiegu operacyjnego tém większą zyskuje wartość pod względem swéj pewności. Niemałéj wagi będzie również ta okoliczność, że z pośród 22 chorych w 13 przypadkach miesiączkowanie występowało przed operacyją najzupełniéj prawidłowo, w innych mniéj lub więcéj regularnie. U jednéj tylko choréj zboczenie w krwotokach miesięcznych objawiało się brakiem miesiączki, tak że chora ta trzy razy tylko w swém życiu miesiączkowała. Wynik obustronnéj owaryjotomii zaznaczył się w 17 razy ustaniem miesiączkowania, które w 13 przypadkach natychmiastowéj i zupełnéj przerwy doznało, w 4 przypadkach zaś po kilkakrotném jużto regularném, jużtéżto nieregularném pojawianiu się krwotoków miesięcznych ostatecznie również przytłumioném zostało. W 2 przypadkach obustronnego wycięcia jajników, które w dwóch różnych czasach odbyło się, wynik był zupełnie podobny, w jednym nastąpiło natychmiastowe przerwanie regularności, w drugim pojawił się raz jeszcze krwotok miesięczny, aby następnie raz na zawsze ustąpić. W 3 tylko przypadkach mimo obustronnego usunięcia jajników miesiączkowanie odbywało się nadal zrazu nieregularnie, stawało się coraz regularniejszém i bez przerwy pojawia się do dziś dnia. Sąto właśnie przypadki szczegółowo opisane przez autora, w których wydobycie jajników przeobrażonych w torbiele brodawczaste przedstawiało nie mało trudności i gdzie już w czasie samego zabiegu budziły się wątpliwości co do usunięcia doszczętnego obu jajników. Powołując się na analogiczny przypadek, który ogłosił Schatz z Rostoku, a w którym po zaoszczędzeniu wąskiego paska z jednego jajnika nietylko miesiączkowanie wróciło, ale nawet chora zaszła w ciążę, tłumaczy Terrier odnowienie się trwałe krwotoków menstrualnych w swych trzech przypadkach pozostawieniem resztek utkania jajnikowego i spodziewa się nawet w jednym z nich podobnéj, jak w opisanym przez Schatza, możliwości, tj. zapłodnienia i ciąży.

(Z praktyki prywatnéj Prof. Mikulicza znanym mi jest również przypadek obustronnego wyłuszczenia jajników, po którém przyszło do odnowienia się odpływów miesięcznych, powtarzających się już od $2\frac{1}{2}$ lat przy dobrym zresztą stanie ogólnym i miejscowym operowanéj. I tu również najprawdopodobniejszéj przyczyny szukać należy w pozostawieniu resztek utkania gruczołowego jajnika. *Sprawozd*). (*Revue de Chirurgie* 1886, Nr. 12).

Dr. Bossowski.

Förster: **O leczeniu krótkowidzenia.**

W wykładzie mianym na XVII ogólném zgromadzeniu Towarzystwa lekarzy regencyi wrocławskiéj wypowiada Förster zdanie (które już dawniéj ogłosił), że wydłużenie oka będące przyczyną krótkowidzenia i jego postępów nie tyle jest skutkiem naprężenia mięśnia akomodacyjnego, ile raczéj obu mięśni prostych wewnętrznych. Krótkowidzenie zmusza do mocnéj i przeciągłéj zbieżności osi widzenia, a ta staje się przyczyną wzmagania się krótkowidzenia. Silna zbieżność łączy się z naprężeniem nie tylko mm. prostych wewnętrznych, ale także i ich przeciwników, ucisk wywierany przez mięśnie na gałkę oczną zwiększa ucisk śródoczny, co sprawia rozdęcie twardówki w miejscu najpodatniejszém, to jest po skroniowéj stronie tarczy n. wzrokowego. Jak wiadomo obwiniano dotąd, zdaniem autora błędnie, przedewszystkiém natężenie akomodacyi o wywoływanie i zwiększanie się krótkowidzenia, gdy jednakże krótkowidz przy téj saméj pracy akomodacyjnéj potrzebuje mocniejszéj zbieżności, a przy równéj zbieżności mniejszego natężenia akomodacyi od człowieka z oczyma miarowemi lub nadmiarowemi, musiałyby zmiany około tylnego bieguna, właściwe krótkowidzeniu, wytwarzać się raczéj w oczach nadmiarowych, jako takich, które robią największe wysiłki akomodacyjne. Krótkowidzenie musiałoby daléj wzmagać się u wszystkich krótkowidzów, używających szkieł równych lub mocniejszych od stopnia krótkowidzenia, temu zaś sprzeciwiają się spostrzeżenia F., według których w takich przypadkach krótkowidzenie nie postępuje. Kurcz mięśnia rzęskowego spostrzegany często u krótkowidzów ma w tém swoją przyczynę, że ten mięsień kurczy się synenergicznie z mocną zbieżnością. Jeżeli krótkowidza uwolni się od potrzeby silnéj zbieżności osi widzenia, usunie się tém samém skłonność mięśnia rzęskowego do zbytniego kurczenia. Zdaniem autora należy więc młodym krótkowidzom z prawidłową akomodacyją dawać szkła wklęsłe, znoszące całe krótkowidzenie, przyczém zrobi się spostrzeżenie, że kres dali wzrokowéj oddali się często i to nawet bardziéj niż po atropinie. Odległość przy czytaniu powinna wynosić 0·40 a należy baczyć na to, ażeby krótkowidz zachowywał ją dobrze, co zapomocą przyrządów Sonneckera lub Kallmanna osiągnąć można, a prócz tego także łącząc szkła wklęsłe ze słabemi trójgranami z podstawą ku nosowi i zmuszając w ten sposób oczy do mniejszéj zbieżności osi widzenia.

(Zdaniem ref. Przegl. Lek. należy być ostrożnym z bezwarunkowém przyjęciem tych zapatrywań autora, sprzecznych z tém, co nauka dotąd podaje, niestwierdzonych jeszcze dostateczném doświadczeniem a pozostawiających niejednę wątpliwość). (*Breslauer ärztl. Zeitschrift* 1886 Nr. 4. Sprawozdanie w *Centralbl. f. pract. Augenh.* 1886 Kwiecień). *Rydel.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

XI zwyczajne naukowe posiedzenie dnia 5 grudnia 1885.

Przewodniczący Dr. Merunowicz. Obecnych członków 20 i 1 gość.

Przewodniczący odczytuje pismo Towarzystwa przyjaciół Krynicy do Towarzystwa lekarskiego we Lwowie z prośbą, aby Tow. lek. poparło petycyję Tow. przyjaciół Krynicy do Wys. ck. Ministerstwa rolnictwa wniesioną, mającą na celu podniesienie zakładu zdroj. w Krynicy, częścią przez usunięcie istniejących dotąd wadliwych urządzeń, częścią zaś przez uskutecznienie takich urządzeń, jakich brak dotkliwie czuć się daje. Na wniosek kol. Kadyjego odstąpiono petycyję Radzie zawiadowczéj Tow. lek. gal. do rozpatrzenia i załatwienia w sposób korzystny dla sprawy.

Przewodniczący oznajmia następnie interesowanym, że kol. Szpilman zamyśla dać kurs bakteryjologiczny w pracowni epidemijologicznéj krajowéj Rady zdrowia.

Kol. Feigel okazuje napotkane przy sekcyjach: 1) przyp. *Epispadiaseos totalis completae* 2) przyp. *Defectus totalis vaginae, rudimenta uteri bicornis et bipartiti* 3) trzy przyp. porencefalii. Poczém omawia pokrótce porencefaliję, która jest stosunkowo rzadko napotykaną. Kundrat, Klebs, Heschl, Roger, Biesiadecki, przy sekcyjach i w muzeach naliczyli dotąd 47 przypadków porencefalii znanych i ogłoszonych, tak że z trzema dzisiaj okazanemi liczba ogólna znanych dotychczas przypadków wynosi 50. Okazane mózgi dotknięte porencefaliją dotyczą: jeden kobiety Teresy Goralowy z II oddziału chorób wewn. tutejszego szpit. Rozpoznanie szpitalne było: *Oedema pulmonum, paralysis nervi facialis, neuralgia trigemini, otitis dextra, meningitis.* Sekcyja wykazała: *porencephalia, otitis dextr. exter. et inter. subseq. carie ossis petrosi dextri et meningitide purulenta dispersa basilari et convexitatis lobor. frontalium cerebri. Porencephalia (defectus cystiformis convexit. hemisph. maj. dextrae submeningealis magnit. mali). Pneumonia hypostatica dextra. Oedema pulm. sin.* Drugi przypadek dotyczy chorego żebraka, 24 letniego Leiby Curika, który umarł na oddziale chor.w. I. przybywszy tam konający: Sekcyja 31/1 1885 wykazała: *Porencephalia totius partis mediae hemispherae major. sin. usque in ventriculum lateralem sin. tendens. Atrophia simplex hepatis, lienis et renum. Catarrh. chron. et dilatatio ventriculi. Atrophia congenita insignis totius cordis. Tuberculosis chronica circumscripta apicum pulmonum. Hypostasis pulmonis dextri. Marasmus universalis.* Trzeci przypadek pochodzi z donoszonego noworodka płci żeńskiéj (córki Maryjanny Kunikowéj), który po urodzeniu w klinice położniczéj żył 24 godzin. Rozpoznanie kliniczne: niedodma płuc. Sekcyja dnia 23/4 1984 r. wykazała: *porencephalia (defectus cystiformis totius hemispherae majoris cerebri utriusque et gangliorum centralium et pedunculorum cerebri meningis occlusus et liquore seroso impletus). Atelectasis pulm. (cerebellum et medulla oblongata adsunt).*

Omawiając stan patologiczny mózgu porencefaliją zwany, nadmienia prelegent, że tém nazwiskiem oznaczają stan mózgu wtedy, gdy się stwierdzi obecność braków lejkowatych w istocie mózgu wielkiego od istoty korowéj rozmaicie w głąb szerzących się. Zwykle braki te dotyczą mózgu, a mianowicie wypukłości mózgu, zwoje zaś podstawowe zwykle są zachowane. Rozmiary owych braków są, jak to widać na okazach, rozmaite. Czasem brakuje tylko pojedyńczych zwojów lub części tychże, czasem zaś brak jest bardzo rozległy i zajmuje znaczną część albo całą powierzchnię półkul mózgowych. Niekiedy nie komunikują te braki z komórką boczną, ani z przestrzenią podpajęczą, niekiedy zaś komunikują z komórką boczną a gdy zaniknie także częściowo opona pajęcza nad takim brakiem, to komunikują wtedy i z przestrzenią podpajęczą. Niekiedy są owe braki jednostronne, innym razem zaś mogą być na obu półkulach. Jamki przez te braki powstałe są najczęściéj wypełnione cieczą surowiczą, bezbarwną niekiedy zaś płynem białym podobnym do mleka, w którym napotyka się szczątki naczyń jakby nitki, w różnych kierunkach przebiegające. Ściany tych braków (niekiedy do jam podobnych) utworzone są z tkanki mózgowéj zapalnie zgęszczonéj, niekiedy i barwikiem zabarwionéj, a przy brakach więcéj powierzchownych wyścielane są przez *meninx vasculosa*, oddzieloną przez ciecz surowiczą, nagromadzoną od opony pajęczéj. Porencefalija, jak z okazanych preparatów widać, może być albo wrodzoną, albo téż nabytą późniéj. Wrodzona jest częstszą niż nabyta. Cechą wrodzonéj jest nienormalna konfiguracyja, mianowicie zaś promieniste ułożenie zwojów otaczających brak, tak że zwoje te mogą nawet częściowo zaginać się do jamki braku mózgu. Przy nabytéj porencefalii zaś są zwoje otaczające brak prawidłowo ukształtowane, a na brzegu jamki, gdzie mózgu brak, ostro mniéj więcéj odgraniczone, jakto na jednym okazie dokładnie widzieć można. Wrodzona porencefalia powstaje, zdaje się, w drugiéj połowie życia płodowego, albowiem bruzdki główne już zwykle wykształcone i naznaczone. Co do przyczyny porencefalii, zdaje się, że zniszczenie już istniejących części istoty mózgowéj powstaje przez niedostateczne krążenie, tłuszczenie i rozpad drobinowy istoty

mózgowéj; albo że może brak jest pewnych naczyń i dla tego nie wytwarza się w ich okręgu istota mózgowa. Czy stłuszczenie pomienione powyżéj uważać należy jako *Encephalitis* częściową wywołaną niedokrewnością odpowiedniéj części mózgu, czy uważać je należy jako następstwo trombozy, embolii, lub téż zmniejszonego dowozu krwi z powodu zwężenia naczyń, osłabienia czynności serca itp., o têm dziś jeszcze stanowczo sądzić nie można i rzecz tę mogą dalsze badania dopiero wyjaśnić. Klinicznie przedstawia się porencefalija różnie, bądź jako idiotyzm, bądź téż jako rozległe różne porażenia i kontraktury, bądź wreszcie nie wywołuje żadnych objawów i nie może być za życia rozpoznawaną. Bardzo niezwykły a możebnie nawet unikatem jest okazany 3 przypadek porencefalii, w którym nietylko półkule lecz i zwoje centralne mózgu zupełnie znikły. (Przypadki te będą obszernie opisane i ogłoszone drukiem). (Dok. nast.).

V. Zapiski kazuistyczne z zakładu sądowolekarskiego prof. E. Hofmanna w Wiedniu.

Podał Dr. Schaitter.

Przez czas dłuższy bawiąc we Wiedniu miałem sposobność brania udziału w sekcyjach sądowo i policyjnolekarskich wykonywanych w zakładzie prof. Hofmanna. Niektóre z przypadków spostrzeganych zajęły w wysokim stopniu moją uwagę, a w nadziei, że nie tylko lekarze, którym poruczono wykonywanie czynności sądowolekarskich lecz i zajmujący się innemi gałęziami nauki naszéj potrafią może znaleźć w moich opisach szczegóły mniéj znane lub rzadziéj napotykane, przystępuję do ogłoszenia krótkich zapisków, robionych za uprzejmém pozwoleniem kierownika zakładu.

Zakład ten stanowi śmiało rzec można szkołę sądowolekarską, zasobną we wszystko, czego żądać można, aby się wykształcić w medycynie sądowéj. Pomieszczenie w salach obszernych i jasnych, oświetlanych wieczorem światłem elektryczném, tuż obok wzorowego zakładu chemicznego prof. Ludwiga, gdzie rozbiory sądowo-chemiczne swobodnie wykonywać można, kierownictwo jednego z pierwszych lekarzy sądowych Europy, pomoc uczynnych asystentów, oto warunki, wśród których korzysta się w Wiedniu z nader obfitego materyjału, jakiego daremnie szukać w innych stolicach. Dość przytoczyć, że w roku 1885 wykonano sekcyj policyjnosanitarnych 662, sądowych 163, oprócz licznych zwłok samobójców, które służą do ćwiczeń dla uczniów i do najrozmaitszych doświadczeń, aby dać poznać jak ułatwioném jest tutaj zadanie profesora, któremu zawdzięcza powstanie obfite muzeum sądowolekarskie i aby przekonać, że prace naukowe podejmowane na podstawie takiego materyjału mogą posunąć naprzód naukę i rozjaśnić wiele pytań dotąd spornych.

To téż nie dziw, że w sali wykładowéj zakładu napotyka się reprezentowane nie tylko wszystkie narodowości Austro-Węgier, lecz także licznych lekarzy przybywających wyłącznie w celu kształcenia się w medycynie sądowéj i zajętych tamże pracami naukowemi. W ostatnich czasach było w Wiedniu w tym celu kilku Amerykanów, Francuzów, Rosyjan a obecnie pracuje od kilku miesięcy Japończyk Dr. Katayama z Tokio i Szwed Dr. Key-Aberg były asystent uniwersytetu w Stokholmie.

W zapiskach niniejszych ograniczam się do podania dat najważniejszych, potrzebnych dla zrozumienia przedmiotu a z obszernych protokółów sekcyj przytaczam tylko to, co ma bezpośredni związek z kwestyją omawianą. Zapiski wraz z uwagami podaję w takim porządku, w jakim zdarzały się na stole sekcyjnym w przekonaniu, że czytanie suchych opisów przypadków podobnych lub należących do jednéj grupy jest nużącém.

I. Osteomalacyja. Kobieta lat 50 licząca, z zawodu wyplatająca krzesła, zmarła bez opieki lekarskiéj. Wywiady wykazały, że osoba ta już od kilku miesięcy chorowała i z łóżka się nie podnosiła. Przy sekcyi znaleziono oprócz rozległéj i głębokiéj odleżyny w okolicy kości krzyżowéj owrzodzenia na obu podudziach. Klatka piersiowa skrócona w skutek bardzo znacznego podwójnego esowatego skrzywienia stosu kręgowego, żebra uderzająco giętkie. Obojczyk lewy w tylnéj trzeciéj części kątowato wygięty i nieprawidłowo ruchomy. Obydwie łopatki biodrowe dają się nawet przy lekkim ucisku wgiąć ku jamie brzusznéj. Kość udowa prawa okazuje nieprawidłową ruchomość w dwu miejscach: w górnéj trzeciéj części i tuż nad stawem kolanowym. Po nacięciu widać, że trzon kości stanowi jedynie cienka blaszka kostna, dająca się łatwo palcami ugiąć, w miejscach zaś gdzie istnieje nieprawidłowa ruchomość widać złamania téjże blaszki. Jama szpikowa nader szeroka, wypełniona brunatnoczerwoną miazgą. Kość udowa lewa przedstawia téż same zmiany i złamanie w dolnéj trzeciéj części, w têm miejscu jest nadto okostna zgrubiała. Kości czaszkowe prawidłowe, jedynie istota gębczasta więcéj w krew obfituje niż to bywa zazwyczaj. Opony miękkie i twarda prawidłowe, mózg również bez zmian. Dopiero po odjęciu opony twardéj od podstawy czaszki spostrzega się, że okolica siodła tureckiego jest mocno zaczerwieniona a kość w têm miejscu tak podatna, iż część siodła swobodnie ku tyłowi i przodowi przeginać można bez obawy złamania téjże. W mniejszym stopniu okazują się podatnemi małe skrzydła kości klinowéj. Narząd oddechowy nie przedstawia zmian głębszych. Serce małe, mięsień gliniasto zabarwiony i nader kruchy. Śródsierdzie miejscami ścięgnisto zgrubiałe. Wątroba mała, blada. Po wyjęciu trzew widać zniekształtnienie bardzo znaczne kości miednicowych obydwie bowiem panewki kości udowych zdają się niejako wtłoczone w głąb miednicy, w skutek czego wejście do miednicy małéj przedstawia trójkąt o bokach ku wewnątrz wklęsłych, a spojenie łonowe sterczy ku przodowi w postaci dzioba.

Przypadek zrządził, że tego samego dnia poddanemi były sekcyi zwłoki osoby wiekowéj, zmarłéj nagle z przyczyny wewnętrznéj. Kości osoby téj były w skutek zaniku starczego również nader kruche a żebra np. można było łamać bez użycia wielkiéj siły. To téż bardzo pouczającém było porównanie przypadku tego z przypadkiem osteomalacyi i wykazanie różnicy nie tylko w kolejności zmian, które u starców zajmują równocześnie cały szkielet, u osób dotkniętych osteomalacyją oszczędzają najdłużéj kości czaszkowe, lecz także uwydatnienie różnic zmian anatomicznych, które tak w jednym jakotéż drugim przypadku prowadzą do zmniejszenia odporności układu kostnego. W tych razach bez wątpienia użyje lekarz sądowy w obec złamania słów ustawy o postępowaniu karném: czyn karygodny nie sprowadził obrażenia już z natury swéj w ogólności lecz w skutek osobistego ustroju i stanu, w jakim znajdował się obrażony.

II. Nagła śmierć w okresie początkowym ostréj choroby zakaźnéj. Niewiasta 22 lat licząca, służąca, skarżyła się popołudniu na bóle w brzuchu, nad wieczorem pojawiły się kilkakrotnie wymioty i dwa stolce wodniste. Objawy jednak chorobowe nie były tego rodzaju iżby pomoc lekarska była za niezbędną uznaną. Dnia następnego z rana zastano osobę tę w łóżku nieżywą.

Przy zarządzonéj sekcyi policyjno-sanitarnéj okazało się

co następuje: Zwłoki osoby dobrze zbudowanéj o miernéj podściółce tłuszczowéj. Spojówki okazują zaledwie widoczne żółtawe zabarwienie. Brzuch miernie wzdęty i pokryty plastrem, po zdjęciu którego nie widać powierzchownie żadnych zmian. Powłoki czaszkowe, czaszka i mózg bez zmian. Serce wiotkie zawiera nieco krwi płynnéj, ciemnéj, osierdzie gdzieniegdzie ścięgnisto zgrubiałe. Mięsień sercowy gliniasto zabarwiony, kruchy, śródsierdzie zgrubiałe, również zgrubiałą jest miejscami błona wewnętrzna aorty. Płuca wolne, miąższ miernie w krew obfituje, wszędzie powietrzny. Wątroba rozmiarów prawidłowych, brunatno-szarawa, niedokrewna, toż samo i nerki, które oprócz ćmawego wejrzenia nie przedstawiają zmian głębszych; śledziona częściowo zrośnięta z przeponą, powiększona, torebka napięta, miejscami zgrubiała, miąższ bardzo miękki, rozłażący się. Żołądek próżny, błona śluzowa pokryta mierną ilością śluzu nie wydaje żadnéj woni nieprawidłowéj oprócz właściwéj kwaskowatéj, oddziaływa kwaśno i zmian, a w szczególności żadnych wybroczyn, nie przedstawia. Dwunastnica również nie przedstawia nic nieprawidłowego, dopiero w jelicie biodrowém widać treść ciemno-brunatną, rzadką, w małéj ilości, wśród któréj odróżnić można strzępki téjże saméj barwy silniéj do błony śluzowéj przylegające, po usunięciu tych strzępków nie widać w jelicie żadnych zmian na błonie śluzowéj. Jelito grube wypełnione treścią płynną obficie żółcią ubarwioną bez żadnéj woni obcéj. Pęcherz moczowy zawiera około 100 grm. moczu mętnego z domieszką krwi i śluzu, błona śluzowa tegoż nastrzykana. Błona śluzowa pochwy również silnie nastrzykana zwłaszcza w górnéj części i pokryta znaczniejszą ilością śluzu ropiastego. Macica rozmiarów prawidłowych jama jéj próżna. Badanie jamy ust, połyku, gardziela i krtani nie wykazuje żadnych zmian w tych narządach. Mikroskopowo wykazano w mięśniu sercowym ziarnienie a częściowo stłuszczenie wybitne, toż samo w wątrobie i przyblonkach kanalików w nerkach. Zmiany te jednak nie były tak rozległe jak to bywa w otruciu fosforowém. W szczególności nadmienić wypada, że nigdzie w narządach nie zdołano wykazać żadnych wybroczyn. Pomimo tego, w obec stłuszczenia narządów miąższowych i śladu żółtaczki na spojówkach najbliżéj leżało przypuszczenie, że się ma do czynienia z otruciem fosforowém z nader szybkim przebiegiem. Przeciw temu przypuszczeniu przemawiał wprawdzie ostry obrzęk śledziony, mimo to jednak poddano natychmiast treść jelit badaniu chemicznemu na fosfor, którego jednak nie wykryto. Nie pozostało więc nic innego jak przypuścić w tym przypadku, że śmierć nastała w początkowym okresie jakiéj ostréj choroby zakaźnéj, albo że nastąpiła w skutek sprawy septycznéj z nader gwałtownym przebiegiem, za czém świeże ostre zapalenie pęcherza moczowego i pochwy, zapewne przyrody zakaźnéj, tém więcéj przemawia. Zdaniem prof. Hofmanna, zdarzają się w tutejszym zakładzie od czasu do czasu przypadki podobne, w których trudno bardzo zdać sobie sprawę z rezultatu sekcyi, gdyż do ujęcia wszystkich objawów znalezionych w ramy jednego obrazu zawsze czegoś nie dostaje. Zazwyczaj w tych przypadkach wywiady, jak i w niniejszym, nie są w stanie rozwiązać zagadki, do przypuszczenia otrucia, do czego bardzo skłonni są profani, nie ma podstaw należytych tak, że jedynie z pewném prawdopodobieństwem można coś powiedzieć o przyczynie śmierci. Każdy zgodzi się na to, że w takich przypadkach lepiéj zaiste przedstawić władzy, z polecenia któréj sekcyję wykonano, istotny stan rzeczy i wątpliwość uwydatnić w orzeczeniu, aniżeli być stanowczym bez podstaw należytych a z ujmą dla sprawiedliwości.—Jeżeli przypadki zagadkowe tego rodzaju zdarzają się od czasu do czasu w tutejszym zakładzie gdzie są pod ręką wszelkie sposoby badania jakiemi tylko posługuje się nauka, po stronie zaś znawców lekarskich jest gruntowna wiedza i rozległe doświadczenie, a pomimo tych warunków przypadki te pozostają zagadkowemi, a znawców nie stać na orzeczenie stanowcze, to tém częściéj muszą zdarzać się na prowincyi, gdzie zazwyczaj nie ma się warunków tak korzystnych, pomimo tego jednak względnie rzadko słychać o podobnych przypadkach. Obym się mylił w przypuszczeniu mojém, że nieraz zapewne znawcy więcéj orzekają aniżeli ich na to stać na podstawie wyniku sekcyj lub rozbiorów chemicznych. W każdym razie postępowanie tego rodzaju przynosi szkodę sprawiedliwości i nauce, téj ostatniéj dla tego, że w skutek stanowczego orzeczenia lekarzy powodujących się fałszywym wstydem, zostaje zamkniętą droga dla badania dokładniejszego czysto mikroskopowego lub chemicznego a przypadek mający może doniosłe naukowe znaczenie przepada dla nauki bezpowrotnie. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 16—22 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27·5. Z odry umarło 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z róży 0 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach duru osutkowego i 1 róży. W tygodniu od 9—15 maja umarło z ospy: w Pradze i w Zurychu po 5, w Wiedniu 2, w Paryżu 6, w Petersburgu 2, w Odesie 4. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie i Petersburgu po 2, w Amsterdamie i Odesie po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 4. Z cholery umarło w Wenecyi 39. Z duru brzusznego umarło: w Paryżu 10, w Petersburgu 23. Z odry umarło: w Berlinie 22, w Paryżu 34, w Londynie 48, w Petersburgu 39. Z płonicy umarło w Petersburgu 24. Z błonicy umarło w Berlinie 29, w Hamburgu 15, w Paryżu 35, w Londynie 26, w Petersburgu 20. Z krztuśca umarło w Paryżu 17, w Londynie 76.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 9—15 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 41,2; w Brodach 38,2; w Drohobyczu 82,6; w Kołomyi 40,8; w Przemyślu 42,0; w Stanisławowie 45,9; w Tarnopolu 22,1; w Tarnowie 34,7; w Czerniowcach 34,7; w Warszawie 26,5; w Poznaniu 23,7; w Wiedniu 33,3; w Pradze 48,6; w Lincu 41,0; w Salcburgu 41,2; w Gracu 35,1; w Lublanie 55,2; w Tryjeście 30,2; w Insbruku 21,3; w Bernie 49,9; w Ołomuńcu 23,0; w Opawie 40,4; w Berlinie 24,8; we Wrocławiu 29,5; w Gdańsku 30,8; w Dreźnie 21,2; w Hamburgu 31,2; w Kolonii 23,2; w Lipsku 24,8; w Mnichowie 30,0; w Strasburgu 32,9; w Amsterdamie 22,7; w Bazylei 18,4; w Brukseli 29,2; w Chrystyjanii 17,9; w Genewie 28,1; w Kopenhadze 29,9; w Londynie 17,8; w Odesie 23,2; w Paryżu 27,6; w Petersburgu 43,3; w Pradze 40,0; w Stokholmie 26,9; w Wenecyi 33,3; w Zurychu 35,6. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 czerwca. Prof. Teichmann w roku bieżącym obchodzić będzie 25-letni jubileusz zawodu nauczycielskiego w Uniw. Jagiell. Mianowany profesorem zwyczajnym, zrazu anatomii patologicznéj, we wrześniu 1861 r. objął on katedrę z początkiem roku szkolnego 1861/2. Ponieważ jubileusz przypada na czas wakacyj, więc uczniowie Wydziału lekarskiego postanowili święcić go przed rozejściem się na feryje, a mianowicie już d. 3 lipca rb. W swoim czasie podamy bliższe szczegóły.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego zapadła uchwała, aby d. 5 bm. prezes imieniem Towarzystwa przesłał drogą telegraficzną serdeczne życzenia jubilatowi prof. Bara-

nowskiemu w Warszawie. Następnie prof. Rydel przedstawił bardzo rzadki przypadek obrzęku gruczołu łzowego, Dr. Rosner Jan odczytał rozprawkę, która będzie umieszczoną w naszém piśmie, a wreszcie Dr. Braun okazał spiryle z przypadków obserwowanych w szpitalu św. Łazarza, a wykład jego o gorączce powrotnéj odroczono do przyszłego posiedzenia. W rozprawach wzięli udział proff. Madurowicz, Obaliński i docent Mars.

* Na wczorajszém posiedzeniu Rady m. Krakowa zapadła uchwała wysłania weterynarza miejskiego Dra Walentowicza kosztem miasta do Paryża celem zapoznania się ze sposobem szczepienia Pasteura. Dr. Walentowicz niebawem wyjeżdża do Paryża.

* Jeden z zdolniejszych i pilniejszych naszych młodszych lekarzy, Dr. Wiczkowski, dotychczas asystent przy zakładzie chemii lekarskiéj, odbywszy właśnie egzamin na fizyka z postępem celującym, opuszcza Kraków, aby objąć we Lwowie posadę sekundaryjusza przy tamecznym szpitalu powszechnym, gdzie zarazem pełnić będzie obowiązki chemika szpitalnego. Posada ta, od śmierci śp. Dra Żulińskiego, jest opróżnioną, a Wydział krajowy, jak się zdaje, zamierza nie obsadzić jéj więcéj. Nie wchodzimy w powody, dla których posada chemika szpitalnego uznaną została za zbyteczną, mamy jednak nadzieję, że Dr. Wiczkowski usilną pracą i gorliwością w pełnieniu swych obowiązków potrafi oddać usługi szpitalowi powszechnemu a tém samém dowieść ważności i znaczenia posady, która mu, jakkolwiek pod inną nazwą i w innéj postaci, faktycznie powierzoną zostaje.

* Akademija Umiejętności w Wiedniu przyznała nagrodę Baumgartnera w kwocie 1000 zła. prof. Wróblewskiemu w Krakowie za prace koło zgęszczania gazów, posuwające naprzód fizykę.

* W Cieplicach czeskich do d. 26 maja było gości 865, w Giesshüblu 45.

* **Warszawa.** D. 5 b. m. odbędzie się uczta składkowa celem uczczenia 25-letnich zasług prof. Baranowskiego. *(Medycyna).*

* **Wiedeń.** Na opróżnioną po ustąpieniu prof. Spätha katedrę kliniczną komisyja przez Wydział wyznaczona proponuje jedynego kandydata: radzcę dworu Breiskiego z Pragi, pomijając innych kandydatów, jakimi są: proff. Braun Gustaw, Schauta, Bandl, Rokitansky i Kleinwächter, jakkolwiek uznaje ich zasługi.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Edmund Kowalski rodem z Poręby małéj i Antoni Schwenk z Krakowa.

* **Nekrologija.** W Brzesku umarł z zapalenia płuc Dr. Józef Gońka w 33 a w Zamościu Dr. Zygmunt Skrzyński w 64 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 22: Szaniawskiego (w Karsie): Kilka słów o leczeniu wrzodu okrągłego żołądka za pomocą jodku potasu. — W *Przeglądzie Weterynarskim* Nr. 6: Szpilmana: O wylęganiu się wścieklizny (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 22: Jegerowa: Przyczynek do nauki o zwoju ocznym; Funka: Kilka uwag dotyczących leczenia łuszczycy; Szadka: Teoryja wstecznego zarażenia się matki przymiotem od płodu (c. d.); Orłowskiego: Sprawozdanie z oddziału chirurg. mężczyzn w szpitalu Dzieciątka Jezus z 1885 r.

Redakcyja otrzymała:

B. WOJCIECHOWSKI: Projekt przyrządu do pisania po omacku. (Odbitka z „Gazety Lek.“ 1886) in 8vo str. 3.

Dr. ANJEL: Aphorismen zur Oertel'schen Entfettungsmethode. (Odbitka z „D. med. Woch.“ 1886) in 8vo str. 5.

Dr. J. SZPILMAN: O wylęganiu się wścieklizny. Studyjum doświadczalne. (Odbitka z „Przegl. Weteryn.“) Lwów 1886 in 8vo str. 23.

Nerwnyja zaboliewania u żenszczin. Znaczenie kastracii pri newrozach. Prof. A. Hegara. Perewod s niemeckago M. Szmigelskago. Pod redakciei docenta S. Daniłły (Iz żurnala „Meżdunarodnaja Klinika“). St. Petersburg 1886, in 8vo str. 84.

Dr. S. DOBIESZEWSKI: Les eaux de Marienbad et leurs indications thérapeutiques. Marienbad, 1886 in 8vo str. 20.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 232.

KONKURS

rozpisuje się niniejszém na posadę asystenta przy klinice położniczéj począwszy od 1 października r. b.

PP. Kandydaci zechcą wręczyć podania swoje podpisanemu dziekanowi do końca b. m.

Kraków dnia 2 Czerwca 1886 r.

Prof. Dr. Blumenstok.

L. 258D

Ogłoszenie konkursu.

Rozpisuje się konkurs na dwie posady Asystentów lekarskich przy tutejszym szpitalu na lat dwa, które przy zadowalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady asystenta przywiązana jest płaca 500 złr. rocznie.

Ubiegający się kandydaci o te posady powinni wykazać:

1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Doktora medycyny lub wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednéj z wszechnic Państwa Austryjackiego.

Podania wnosić należy na ręce Dyrekcyi tutejszego szpitala bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Z Dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego.

Lwów dnia 22 maja 1886 r.

Dr. Głowacki.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.